EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX

SCIENTIFIQUES

DE

A. DEMOULIN

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ

ANCIEN PROSECTEUR DES HOPITAUX

PARIS

IMPRIMERIE DE D. DUMOULIN ET Cie

5, RUE DES GRANDS-AUGUSTINS, 5

1898

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX

SCIENTIFIQUES

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des hôpitaux de Paris, 1882.

Interne provisoire, 1883.

Interne titulaire, 1884.

Aide d'anatomie, 1885.

Prosecteur des hôpitaux, 1887.

Docteur en médecine, 1888.

Chef de clinique chirurgicale, 1892.

Chirurgien des hôpitaux, 1895.

Lauréat des hôpitaux (accessit, prix des livres, au concours des internes de première et deuxième années), 1885.

Lauréat de la Faculté de médecine (prix de thèses, médaille d'argent), 1888.

Membre de la Société anatomique, 1889.

ENSEIGNEMENT ORAL

1° A l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (Clamart), comme Prosecteur (sous la direction de M. le professeur TILLAUX, puis de M. le docteur QUÉNU).

1887-88. — Conférences de physiologie (appareil circulatoire, appareil respiratoire).

1888-89-90. — Conférences d'anatomie topographique et de médecine opératoire.

2° A la Faculté, comme Chef de clinique chirurgicale (sous la direction de M. le professeur DUPLAY).

1892-93 (Charité).
1893-94 (Hôtel-Dieu).
1894-95 (semestre d'hiver, Hôtel-Dieu).

Le *mardi :* Conférences de séméiologie chirurgicale, étude des moyens d'exploration clinique.

Le *jeudi* et le *samedi :* Examen des malades par les élèves, à l'amphithéâtre de la clinique.

ENSEIGNEMENT ÉCRIT

Manuel de diagnostic chirurgical — Anatomie clinique — Exploration — Diagnostic par régions des maladies chirurgicales, par :

S. Duplay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

E. Rochard, chirurgien des hôpitaux, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté.

A. Demoulin, chef de clinique chirurgicale de la Faculté, ancien prosecteur des hôpitaux.

Premier fascicule (paru en mars 1895). Examen du malade, moyens d'exploration clinique — Crâne — Face — Cou.

Deuxième et dernier fascicule (paru en mai 1897). Thorax — Abdomen — Œsophage — Anus et Rectum — Organes génitaux — Membres.

Ce manuel, auquel M. le professeur Duplay a bien voulu me faire l'honneur de m'admettre à collaborer, avec mon prédécesseur et ami le docteur Rochard, comprend, comme on le voit, dans une première partie, l'examen des malades et l'ensemble des moyens d'exploration clinique, et dans une deuxième partie, l'anatomie clinique des principales régions, la technique de leur exploration et le diagnostic des différentes maladies chirurgicales qu'on y rencontre.

Son but se trouve exposé dans ces quelques lignes extraites de la préface, due au professeur Duplay :

« A cette heure où l'étude du diagnostic est si délaissée et

tend à être remplacée par l'opération à outrance, il est bon de réagir contre de tels errements, et nous serons heureux si ce livre a pu contribuer à ramener les débutants aux vieilles traditions de la clinique en leur enseignant comment ils devront procéder pour faire un diagnostic raisonné. »

Lésions traumatiques des os. (En collaboration avec le docteur Ricard, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux). — Travail paru dans la deuxième édition du *Traité de Chirurgie*, de Duplay et Reclus, tome II, 1897.

— Qu'il nous soit enfin permis de rappeler notre modeste collaboration à la rédaction des cliniques de notre très regretté maître, le professeur U. Trélat, publiées sous la direction de M. Pierre Delbet[1].

Voici le sommaire des leçons recueillies :

1° **Cancer du larynx.** — Observation. — Début par des troubles de déglutition. — Examen laryngoscopique. — Résultats statistiques de la laryngectomie totale et de la laryngectomie partielle. Contre-indications dans le cas particulier. — Traitement palliatif. — Ablation de l'épiglotte. — Gastrostomie. — Trachéotomie. — Conclusions.

2° **Néphrotomie et néphrectomie.** — Indication de ces opérations. — Cas nets. — Cas douteux. — Voie lombaire. — Observation. — Néphrotomie suivie de néphrectomie. — Voie transpéritonéale. — Voie parapéritonéale. — Modifications de l'incision de Langenbeck. — Deuxième observation. — Fistule stercorale. — Mort. — Autopsie. — Ablation sous-capsulaire. — Conclusions.

1. Clinique chirurgicale, par U. Trélat. Préface de M. Paul Segond. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1891.

3° **Des ostéomyélites.** — Ostéomyélite aiguë. — Ostéomyélite prolongée. — Formes atténuées. — Ostéomyélite insidieuse, chronique d'emblée. — Diagnostic.

4° **Sur une variété d'hydarthrose consécutive aux formes atténuées de l'ostéomyélite de croissance.** — Observation, description de l'affection. — Époque de l'apparition. — Modalités. — Évolution. — Pronostic. — Diagnostic différentiel.

— C'est ici encore que nous devons faire rentrer les leçons cliniques que M. le professeur Duplay a bien voulu nous laisser publier, après les avoir revues :

1° **Fracture de Dupuytren** (*Gazette des hôpitaux*, juillet 1893);

2° **Ostéosarcome du maxillaire supérieur** (*Archives de laryngologie, rhinologie, otologie*. Dr Natier, août 1893);

3° **Hématome du grand droit** (*Union médicale*, octobre 1893);

4° **De l'hydroépiplocèle** (*Semaine médicale*, novembre 1893).

Des aiguilles introduites dans les tissus ; de la manière de les extraire (Leçon de M. Desprès, publiée dans la *Gazette médicale de Paris*, numéro du 17 mai 1884).

MÉMOIRES ORIGINAUX—RECUEIL DE FAITS

ANATOMIE

Comment il faut comprendre le système des veines jugulaires antérieures (*Bull. de la Soc. anat.* Paris, 1892). (En collaboration avec Sébileau, prosecteur des hôpitaux.)

Dans le cou monte, du médiastin vers le cerveau, un gros tronc artériel, qui mérite le nom d'*artère carotide*. Dans les traités classiques, ce tronc s'appelle carotide primitive en bas et carotide interne en haut. De lui se détachent toutes les artères qui nourrissent le cou, la face et le crâne; mais au lieu de naître, comme cela est l'habitude ailleurs, les unes au-dessus des autres, elles prennent, sur l'artère mère, une racine commune, c'est l'*artère carotide externe*.

L'artère carotide est accompagnée par une grosse veine; c'est la veine carotide ou veine jugulaire interne. Celle-ci reçoit toutes les branches veineuses qui répondent aux branches artérielles émanées de l'artère carotide; mais ces branches veineuses, au lieu de confluer comme les branches artérielles, restent plus ou moins dissociées; elles manifestent pourtant une tendance à la convergence (tronc veineux, thyro-linguo-pharyngo-facial).

Superficiellement, cheminent dans le tissu cellulaire sous-cutané, de gros et larges vaisseaux veineux; ce sont les veines dites jugulaires antérieure et externe, auxquelles on pourrait donner le nom de veines carotides superficielles.

Celles-ci aboutissent toujours au système veineux profond (confluent rétro-claviculaire) et partent toujours du système veineux profond (veine jugulaire interne ou affluents de cette veine jugulaire interne).

Les veines jugulaires superficielles, externe et antérieure, ne sont, en somme, que des canaux de sûreté étendus d'un point à l'autre du système veineux profond. En effet :

La veine jugulaire externe (veine carotide superficielle externe) ne naît pas de l'union des temporales, maxillaires internes, auriculaires et occipitales (toutes ces veines vont dans la jugulaire interne); elle prend origine sur le segment terminal de leur tronc commun qui se rend à la veine jugulaire interne, ou dans un affluent de ce gros tronc veineux.

La veine jugulaire antérieure superficielle (veine carotide superficielle antérieure) naît le plus souvent d'une des veines accompagnant l'artère sous-mentale ou du tronc thyro-linguo-facial; elle prend donc naissance dans le système veineux profond et va y aboutir (confluent veineux rétro-claviculaire). Les veines sous-cutanées que l'on rencontre dans la région sus-hyoïdienne ne sont que des branches collatérales et n'ont rien à voir avec le volume de la veine jugulaire antérieure. De quelque point qu'émanent les veines jugulaires antérieures, on trouve très souvent de larges communications entre elles et le système des veines du corps thyroïde[1].

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Nouveau fait pour servir à l'étude de l'influence du traumatisme sur le rhumatisme articulaire et sur l'impaludisme (en collaboration avec Dutil). (*Gazette médicale de Paris*, 22 mars 1884.)

1. Pièces sèches, justificatives des opinions contenues dans ce travail déposées au Musée de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

CRANE, ENCÉPHALE ET OREILLE

1° De la paralysie faciale tardive dans la fracture du rocher.
(*Gaz. méd. de Paris*, 1887.)

Nous avons pu observer, en 1887, dans le service du professeur Trélat, un homme âgé de quarante-deux ans qui, après un traumatisme de la région occipitale gauche, présentait à son entrée à la Charité tous les symptômes d'une fracture du rocher (côté gauche). Huit jours après l'accident, notre malade était atteint de paralysie faciale. Notre maître n'hésita pas à considérer ce nouveau symptôme comme une confirmation de son diagnostic et nous invita à faire quelques recherches à ce sujet.

Nous avons pu réunir sept cas analogues dont deux inédits. L'un appartient à M. le docteur Barette, alors chef de clinique du professeur Trélat, l'autre à M. Sechеyron qui l'a recueilli, en 1885, dans le service de son maître, M. le professeur Le Dentu.

Après avoir étudié minutieusement l'anatomie du canal de Fallope, nous arrivons, dans ce mémoire, en nous fondant sur nos huit observations, aux conclusions suivantes :

I. — La paralysie faciale dans les fractures du rocher peut apparaître tardivement.

II. — Dans ces cas, elle doit être rapportée à la compression du nerf par le gonflement du périoste qui tapisse l'aqueduc de Fallope, au moment du travail de réparation.

Il faut tenir compte aussi de l'augmentation du volume du nerf lui-même, due à sa congestion.

III. — La paralysie faciale tardive est toujours une paralysie flasque.

IV. — Son pronostic est toujours favorable.

V. — Dans les cas où le diagnostic de fracture du rocher reste en suspens, l'apparition de la paralysie faciale tardive permet de l'affirmer.

Pour M. le professeur Duplay, la paralysie faciale qu'on observe quelques jours seulement à la suite d'un traumatisme crânien, suivi d'otorrhagie (paralysie tardive), qu'il y ait ou non fracture du rocher, est due à la déchirure du tympan qui donne lieu, soit à une otite moyenne, l'inflammation se propageant au nerf facial, soit à l'influence du froid (paralysie *à frigore*) qui s'explique par la minceur de la paroi osseuse du conduit du facial et par ses rapports intimes avec la caisse du tympan. C'est là, croyons-nous, l'expression de la vérité ; mais nous pensons aussi que les causes que nous avons invoquées pour expliquer la paralysie faciale tardive, dans les fractures du rocher, existent réellement et que sa pathogénie n'est pas univoque.

2° **Chirurgie de la capsule interne** (en collaboration avec le docteur A. Chipault). (*Revue neurologique*, 30 mars 1895.)

Une malade, ayant été envoyée dans le service de M. le professeur Duplay, par M. Chantemesse, avec le diagnostic d'abcès siégeant au niveau de la capsule interne, fut traitée par résection crânienne étendue et incision cérébrale pénétrant à une profondeur de quatre centimètres environ, jusqu'au siège présumé de la lésion. Il s'agissait non d'un abcès, mais d'un ramollissement embolique. La malade supporta très bien l'opération et succomba, huit jours après, à une endocardite végétante, cause première des accidents.

A propos de ce cas, nous avons fait quelques recherches sur les rapports de la capsule interne avec le cortex. Cette capsule est inscrite dans un rectangle limité par deux lignes verticales passant : l'antérieure, à un centimètre en avant du

pied des deuxième et troisième frontales ; la postérieure, à un centimètre en arrière de la pointe de la pariétale inférieure ; et par deux lignes horizontales passant : la supérieure, un peu au-dessous de la partie la plus élevée de cette même circonvolution ; l'inférieure, au niveau du cap de la troisième frontale. Cette aire corticale est ravinée par des sillons profonds contenant des vaisseaux, et on doit, pour pénétrer jusqu'à la capsule, ne pas enfoncer le bistouri en un point quelconque de sa surface, mais en certains endroits bien déterminés : soit le pied des deuxième et troisième frontales et la partie adjacente de la frontale ascendante, si l'on veut atteindre le bras antérieur de la capsule, son genou et la moitié antérieure de son bras postérieur ; soit la première temporale, au-dessous de la naissance de la deuxième pariétale (pariétale inférieure), si l'on veut atteindre la partie postérieure de la capsule. Dans tous les cas, on dirigera le bistouri vers le méat auditif du côté opposé, et on l'enfoncera de quatre à cinq centimètres.

OREILLE

3. **Les méfaits de l'incision de Wilde** (en collaboration avec le docteur A. Chipault). (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, numéro d'avril 1895.)

L'incision de Wilde crée, à côté d'un conduit auditif infecté, une plaie qui souvent s'infecte elle-même ; nous avons observé, à la consultation otologique de M. le professeur Duplay, plusieurs cas qui justifient cette affirmation. Deux d'entre eux sont particulièrement intéressants. Dans le premier, une fusée purulente partie de l'incision est allée comprimer le nerf facial au voisinage du trou stylo-mastoïdien, déterminant une paralysie qui a cédé après l'ouverture de la collection et curage minutieux des parois de la cavité ;

dans le second, les fusées purulentes encore plus étendues, étaient allées provoquer une ostéite suppurée diffuse de l'apophyse transverse de l'atlas. Cette apophyse fut réséquée à la pince emporte-pièce, sans lésion de l'artère vertébrale. Il n'est pas inutile d'ajouter qu'aucune de ces incisions de Wilde n'avait été faite dans le service, et que dans les deux cas que nous venons de rapporter, suivis d'accidents graves, il s'agissait d'incisions faites pour des mastoïdites simplement névralgiques.

1. **Rupture traumatique du tympan par cause indirecte, otite moyenne suppurée consécutive** (*Gaz. méd. de Paris*, 17 mai 1884).

RACHIS ET MOELLE

1. Névralgie de la huitième racine cervicale droite. — Résection intra-durale de cette racine. Guérison complète, suivie depuis cinq mois (en collaboration avec le docteur A. Chipault). (*Iconographie de la Salpêtrière*, numéro d'avril 1895.)

Nous avons pu observer, dans le service de M. le professeur Duplay, un malade pour lequel on avait fait, sans succès, des interventions multiples sur le nerf cubital, pour une névralgie rebelle qu'on supposait porter sur ce nerf et qu'un examen plus attentif nous a permis de rapporter à la huitième paire cervicale. Il ne restait qu'à pratiquer la résection intra-durale des filets radiculaires postérieurs de cette paire, ce qui fut fait à la fin du mois de novembre 1894. Dès son réveil, le malade ne souffrit plus, et il est aujourd'hui encore parfaitement guéri.

Cette observation présente comme points intéressants :

a) Le manuel opératoire nouveau que nous avons employé ;

b) Le diagnostic porté qui établit l'existence d'une variété nouvelle de névralgie : la *névralgie à distribution radiculaire*, qui peut simuler, au membre supérieur, celle du cubital ; au membre inférieur, celle du sciatique.

M. le professeur Raymond nous a fait l'honneur, dans une récente leçon clinique, d'admettre la réalité de ce nouveau type morbide.

2. Mal de Pott dorso-lombaire, abcès par congestion. Ouverture. Sonde à demeure. Injection d'éther iodoformé. Séquestree. Mort (en collaboration avec M. Demars, interne des hôpitaux). (*Bull. Soc. anat.*, 1886.)

3. **Rejet par les voies aériennes d'un séquestre de la colonne vertébrale, dans le cours d'un mal de Pott. Mort.** (*Bull. Soc. anat.*, 1887.)

On trouve à l'autopsie, dans le corps de la 8[e] vertèbre dorsale, sur sa partie latérale droite, une caverne admettant l'extrémité de l'index et contenant encore quelques débris osseux. Il n'y a pas d'abcès à ce niveau.

Le bord postérieur du poumon droit adhère intimement, par épaississement de la plèvre, à la colonne vertébrale au pourtour de la caverne osseuse.

Un stylet introduit par la bronche droite sort facilement par la petite caverne du poumon. Il s'agit bien, ainsi que le prouve l'incision de cet organe, le long du stylet, de la bifurcation de la trachée à l'ulcération pulmonaire, d'une fistule bronchique, ayant permis le passage des séquestres dans la trachée et leur rejet consécutif par la bouche.

PLANCHER DE LA BOUCHE ET COU

De l'angine de Ludwig. — Angine sous-maxillaire infectieuse (TISSIER). — **Phlegmon sublingual** (DELORME, LETERRIER). *Archives générales de médecine*, numéro de février 1894.)

Nous avons cherché, dans ce travail, écrit d'après ce que nous avons pu lire et observer, à montrer que l'angine de Ludwig est une affection qui mérite d'être étudiée à part, et qui ne saurait être confondue avec les phlegmons du cou, en particulier avec la septicémie gangréneuse de cette région.

Nous concluons avec MM. Delorme[1], Schwartz[2], Leterrier[3], etc., qu'il s'agit d'une inflammation siégeant primitivement dans la portion sublinguale du plancher de la bouche, dans cet espace que Sébileau[4] appelle « département sus-mylo-hyoïdien, creux sublingual ». « Ce creux a la forme d'une pyramide triangulaire, dont le sommet, qui est inférieur, répond au point où le mylo-hyoïdien confine au génio-hyoïdien, et dont la base, qui est supérieure, s'étale sous la portion horizontale de la langue ; dont la paroi externe est formée par la face interne du maxillaire inférieur et le muscle mylo-hyoïdien ; la paroi interne, par le génio-glosse en haut et le génio-hyoïdien en bas. » (Sébileau.) L'espace ainsi limité contient les glandes sublinguales réunies et entourées par un tissu cellulaire lâche, tissu cellulaire qui, sur la ligne médiane, au-dessus des génio-glosses, entre les glandes sublinguales droites et gauches, présente de grandes

1. *Bull. Soc. chir.* 1892.
2. *Ibid.*
3. Du phlegmon sublingual, dit « angine de Ludwig » (Th. Paris, 8 mars 1893).
4. P. Sébileau. Démonstrations d'anatomie. (Steinheil, Paris, 1892.)

aréoles qui, en se réunissant entre elles, forment la bourse séreuse de Fleischmann. cette dernière disposition nous explique que l'affection, souvent unilatérale primitivement, puisse devenir bilatérale.

De là résulte que l'angine de Ludwig mérite bien le nom de *Phlegmon sublingual* que lui a donné M. Delorme; l'adéno-phlegmon de la région sous-maxillaire évolue en même temps.

Nous insistons, sur ce fait, que les lésions gangréneuses ne sont pas fatales dans l'angine de Ludwig ; qu'elles sont dues, dans un certain nombre de cas, ainsi que l'ont rappelé MM. Verneuil et Reynier, à la Société de chirurgie (discussion de 1892), au terrain sur lequel le mal évolue, et qu'elles ne sont, dans bien des circonstances, qu'un phénomène ultime dans le cours de la maladie abandonnée à elle-même, ainsi que le prouvent les cas où l'intervention a été précoce.

Nous montrons que le pronostic de l'affection est grave, puisque sur 38 cas bien observés, il y a eu 17 morts ; que la gravité du pronostic diminue avec la rapidité de l'intervention ; aussi importe-t-il de faire un diagnostic précoce, afin d'intervenir le plus tôt possible.

Le pus se trouvant au-dessous de la muqueuse du plancher de la bouche, au-dessus du mylo-hyoïdien, la voie qui paraît indiquée pour l'aller chercher, c'est la bouche ; une simple incision de la muqueuse semblerait suffire pour lui donner issue au dehors, — d'autant que dans les cas où l'ouverture spontanée a amené la guérison, c'est au niveau de la portion sublinguale du plancher que le pus s'est fait jour. — La voie buccale est à rejeter ; car l'incision doit être, ici comme partout ailleurs, placée au point le plus déclive de la collection.

Dans le cas où le phlegmon est unilatéral, c'est par une incision sous-maxillaire, commençant un peu en dehors de

la ligne médiane du cou, longue de 4 à 5 centimètres, et plus, si besoin est, conduite parallèlement au bord inférieur du maxillaire, soit immédiatement sous ce bord (Delorme), soit à un travers de doigt au-dessous (Leterrier), qu'il faut recourir. Elle doit intéresser le mylo-hyoïdien, même si avant de reconnaître ce muscle, on trouve du pus ou du liquide sanieux dans la loge sous-maxillaire ; car c'est au-dessus de lui qu'est le véritable foyer.

Si le phlegmon est bilatéral, on peut faire une incision sur la ligne médiane, étendue de la symphyse du menton au milieu de l'os hyoïde, mais il est préférable de pratiquer une incision analogue à celle qui a été décrite plus haut, dans chaque région sous-maxillaire.

ARDOMEN — INTESTINS — PÉRITOINE

PLAIES

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau porté à la partie supérieure et externe de la hanche droite. — Issue de l'épiploon. — Plaie incomplète du cæcum. — Hémorrhagie intra-péritonéale. — Laparotomie. — Guérison. (*Congrès français de Chirurgie.* 1896.)

HERNIES

1° Hernie crurale étranglée depuis 36 heures. Kélotomie. Cure radicale. Invagination par l'anneau crural, pendant la dissection du sac, d'une partie de la portion extra-péritonéale de la vessie. Guérison. (*Union médicale*, numéro du 19 août 1893.)

Je n'ai voulu entrer, dans ce travail, ni dans la pathogénie, ni dans l'anatomie pathologique des hernies de la vessie. Je rappelle seulement qu'elles doivent être divisées en deux grandes classes :

1° La hernie intra-sacculaire, dans laquelle la vessie occupe la cavité même du sac herniaire, libre et recouverte de sa tunique péritonéale ;

2° La hernie extra-sacculaire, dans laquelle la vessie est au-dessous du sac, et cette dernière situation est de beaucoup la plus fréquente.

D'ordinaire, la vessie herniée est étalée sous le sac et cachée par lui ; elle lui adhère plus ou moins étroitement, et c'est au moment de la cure radicale, de la dissection du sac, qu'elle se révèle (Lejars [1]).

Les signes qui permettent de reconnaître la hernie extra-

1. Hernie inguinale simultanée de la trompe et de la vessie. — Les hernies de la trompe. — Les lésions opératoires de la vessie herniée. (*Revue de chirurgie*, janvier, février 1893.)

péritonale de la vessie, au cours d'une intervention sanglante, sont :

1° La présence d'une masse graisseuse de caractères variables, située à la face interne du sac et recouvrant la vessie. (C'est un signe de présomption, mais qui d'ailleurs n'est pas constant ; 7 fois il manquait sur 18 observations.) (Lejars.)

2° La possibilité, en suivant du doigt la portion herniée, d'arriver derrière le pubis et de reconnaître sa continuité avec la vessie. (Ceci s'applique aussi bien aux hernies intrasacculaires qu'aux hernies extra-sacculaires) ;

3° La constatation, par le toucher, de la présence, dans la cavité de la poche accolée au sac herniaire, du bec d'une sonde introduite par l'urèthre ;

4° Enfin, mais très rarement, la reconnaissance par l'opérateur, de plans musculaires lisses, qui appelent immédiatement l'attention sur la vessie.

Si l'on se reporte à l'observation que j'ai publiée, on verra que toutes les constatations indiquées plus haut ont été faites. Ce sont elles qui m'ont permis d'affirmer que j'étais en présence de la vessie. Si je ne les avais point connues, j'aurais été fort embarrassé pour dire par quoi était formée la tumeur que je trouvais à la partie postéro-interne du sac herniaire ; et, comme je n'avais point trouvé d'intestin dans ce sac, où cependant il existait de la péritonite, comme ce sac était fort épais, j'aurais probablement ouvert le pseudo-second sac, pensant que, là, siégeait l'étranglement.

Tous les chirurgiens qui pratiquent la cure radicale des hernies sont aujourd'hui d'accord pour conseiller, avec M. Lucas Championnière, de décoller le péritoine aussi haut que possible, au-dessus du collet du sac, pour détruire l'infundibulum qui le précède. Mais, ce décollement doit avoir

une limite, et, comme le dit l'éminent chirurgien de Saint-Louis, p. 201 de son traité : « Si la dissection préalable du sac a été bien faite, la séreuse se décolle facilement et très haut ; il faut même mettre alors une certaine discrétion pour ne pas aller trop haut ; car on risquerait, en pénétrant dans l'abdomen, de dépasser les limites raisonnables et d'arriver sur des viscères qui doivent conserver leur séreuse. »

Or, en agissant avec de grandes précautions, j'ai tiré sur la vessie, je l'ai invaginée dans l'anneau crural, je n'avais point dépassé, je crois, les limites raisonnables. Pour expliquer ce fait, je pense que le péritoine, par son glissement pour former le sac crural, avait commencé à déplacer la vessie ; que si la hernie à laquelle j'avais affaire, et qui ne datait que de dix mois, avait été plus ancienne, que si elle avait, par la suite, acquis un volume plus considérable, la vessie aurait fait un jour partie de la tumeur herniaire. En opérant, je n'ai fait que hâter cette évolution.

Si on se rappelle la disposition du péritoine par rapport à la vessie, sa réflexion de la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, sur le sommet et les faces latérales de cet organe, on comprend que la traction exercée sur un sac herniaire crural s'exerce aussi sur la vessie. J'ai voulu vérifier le fait sur le cadavre. Tout le monde sait combien il est difficile de produire des hernies sur un sujet d'amphithéâtre. Voici comment je m'y suis pris. La paroi abdominale ayant été incisée crucialement comme pour une autopsie, j'ai fait, à la partie supérieure de la cuisse, un peu en dedans des vaisseaux fémoraux, une incision longue d'environ 6 centimètres, perpendiculaire à l'arcade crurale, commençant à un demi-centimètre au-dessus du bord inférieur de cette arcade, puis j'ai découvert le ligament de Gimbernat et mis mon doigt dans l'anneau crural, j'ai détruit ensuite les différentes couches qui le ferment normalement (*Septum crurale,*

graisse sous-péritonéale) jusqu'au péritoine que j'ai saisi, par sa face externe, avec une pince à forcipressure, tandis que le doigt introduit dans l'abdomen, en regard de la dépression produite par la traction de la pince, cherchait à invaginer la séreuse dans l'anneau crural. Je ne pus arriver à faire un sac herniaire. Je décollai alors le péritoine de la paroi abdominale, au-dessus de l'arcade crurale, prolongeant ce décollement vers la fosse iliaque. Je finis par former, à la partie supérieure de la cuisse, un diverticulum péritonéal, ayant quelque analogie avec un sac herniaire. J'essayai alors, en passant par l'anneau crural, après avoir sectionné le ligament de Gimbernat, de poursuivre ce sac improvisé, du côté de l'abdomen. La vessie fut ainsi attirée vers l'anneau ; la première partie qui se présenta, en dedans du sac, fut la partie extra-péritonéale du bord de la vessie vide, bord adhérent à la partie interne de la face externe du sac, empêchant le décollement du péritoine à une plus grande hauteur.

J'ai répété quatre fois l'expérience, sur des hommes, malheureusement, n'ayant point de cadavre de femme à ma disposition. Tout imparfaite qu'elle soit, elle me semble montrer qu'il faut, dans la cure radicale de la hernie crurale, toujours songer à la vessie, quand on cherche à disséquer le côté interne du sac, pour supprimer l'infundibulum.

J'avais, immédiatement après l'intervention, à cause de l'épaisseur du sac, surtout de l'absence d'intestin dans sa cavité, à cause de l'invagination de la vessie pendant la dissection du péritoine, pensé qu'il s'agissait peut-être d'un diverticule de la poche urinaire ; d'autant mieux que je venais de lire l'observation de Schoonen[1], dans laquelle une cystocèle crurale simple, non accompagnée d'intestin, avait

1. Schoonen. Cystocèle crurale. (*Rev. chir.*, avril 1893.)

donné lieu à tous les symptômes d'un étranglement herniaire. Mais je me rappelai vite que le doigt, introduit dans le collet du sac, m'avait conduit dans l'abdomen directement en haut et un peu en arrière et non du côté du pubis. Il n'y eut, du reste, après le réveil, aucun phénomène du côté de la vessie (pas d'hématurie, de douleurs vésicales post-opératoires), et puis, l'examen du sac herniaire atteint de péritonite, pratiqué quelques jours après, m'a montré qu'il ne s'agissait pas de la vessie.

Qu'il me soit permis, en terminant, de rappeler cette phrase déjà citée du mémoire de Lejars : *D'ordinaire, la vessie herniée est étalée sous le sac et cachée par lui ; elle lui adhère plus ou moins étroitement, et c'est au moment de la cure radicale, de la dissection du sac, qu'elle se révèle.*

Or, supposez une vessie entraînée par le sac herniaire vers l'orifice supérieur du canal crural, mais non encore sortie de l'abdomen, vous vous trouverez en présence d'un cas analogue au mien, et vous conclurez, avec moi, qu'il faut, dans la cure radicale de la hernie crurale, lorsqu'on se propose d'enlever l'infundibulum qui précède le sac, faire grande attention à la dissection de la partie interne du pédicule qu'on cherche à former ; et que si, en cet endroit, on voit apparaître, à la suite des tractions exercées sur le sac, une tumeur recouverte d'un peu de graisse, donnant l'idée d'un second sac herniaire, on a bien des chances pour avoir affaire à une hernie extra-sacculaire de la vessie ; qu'il est prudent d'y introduire un catéther, qu'on cherchera à sentir à travers les parois de la deuxième poche qu'on a sous les yeux. Pourquoi, du reste, quand on opère une hernie inguinale ou crurale, ne prendrait-on pas l'habitude de pratiquer le cathéthérisme de la vessie, quand, après avoir découvert le sac, ou l'avoir ouvert, on a sous les yeux un organe dont la reconnaissance est difficile ?

2° De la conduite à tenir dans les lésions opératoires (plaies, résections) de la portion extra-péritonéale de la vessie herniée seule ou avec l'intestin. (*Union médicale*, septembre 1893.)

Les plaies opératoires de la vessie herniée, si elles ne sont pas graves chez les individus sains, le deviennent, au contraire, chez ceux qui ont des lésions rénales, et ces lésions ne sont pas rares, dans les cas de cystocèles anciennes, qui leur donnent très probablement naissance.

Depuis quelque temps, la conduite à tenir, lorsqu'on rencontre la vessie, dans le cours d'une cure radicale de hernie, est bien arrêtée.

Je la résume dans les différents cas qui peuvent se présenter sous forme de conclusions que voici :

Dans le cours d'une cure radicale de hernie (nous avions surtout en vue la hernie inguinale) on rencontre la vessie, et de deux choses l'une :

A : *On la reconnaît :* 1° Soit avant de l'ouvrir, 2° soit après l'avoir blessée.

B : *On ne la reconnaît pas ;* ce n'est que :

1° Immédiatement après l'opération;

2° Quelques jours seulement après l'intervention, qu'on constate sa blessure (fistule urinaire).

A. 1° La vessie est reconnue avant d'avoir été ouverte.

Deux cas peuvent se présenter :

α) La vessie est saine, et se laisse disséquer assez facilement;

β) La vessie est atrophiée, amincie ; elle est alors et le plus souvent très adhérente, soit au canal inguinal, aux parois du sac, au cordon, et il est bien difficile de ne pas la blesser.

α) La vessie non ouverte est saine, la portion qui se pré-

sente à l'opérateur communique largement avec la cavité de l'organe resté derrière la symphyse. On doit la réduire.

β) La vessie non ouverte est amincie, atrophiée ; en grattant la graisse qui la recouvre (hernie extra-sacculaire, la plus fréquente) on voit apparaître des bulles, formées par la muqueuse herniée à travers les restes de la tunique musculaire ; il faut, comme le recommandent Monod et Delagénière[1], comme l'a fait Lejars[2], pratiquer une excision large de la paroi, car l'important est de faire une suture (à trois étages) en bon tissu.

Si on trouve un diverticule de la vessie dont la communication est oblitérée, il faut extirper ce diverticule. (Monod et Delagénière.)

2° La vessie a été ouverte.

α) Elle est saine (suture soignée à trois plans) ;

β) Elle est atrophiée : comme tout à l'heure, résection large de la portion malade et suture en bon tissu ;

γ) Elle peut être infectée : « Il sera bon, comme le recommande Thiriar, de disposer deux tubes adossés en canon de fusil, dans la cavité vésicale. On laissera une sonde à demeure le moins de temps possible, au plus trois jours, le malade urinant ordinairement seul à cette époque. » (Bourbon[3].)

B. La blessure de la vessie n'a pas été reconnue pendant l'opération.

Ici encore deux cas peuvent se présenter :

1° La blessure est reconnue immédiatement après l'opération ;

1. Monod et Delagénière. (*Rev. chir.* 1889.)

2. Lejars. Hernie inguinale simultanée de la trompe et de la vessie. — Les hernies de la trompe. — Les lésions opératoires de la vessie herniée. (*Revue de chirurgie*, janvier, février 1893.)

3. H. Bourbon. — De la cystocèle inguinale rencontrée au cours de la kélotomie. (Thèse Paris, 1892.)

2° Elle ne se révèle que les jours suivants par une fistule.

1° La blessure est reconnue immédiatement après l'opération (besoin d'uriner, hématurie), il faut :

α) Immédiatement drainer de la vessie à la plaie ;

β) Mettre une sonde à demeure[1].

Il y aura fistule qui guérira spontanément.

2° La blessure ne se révèle que les jours suivants, par la formation d'une fistule urinaire.

Les uns ont fait, pour amener une oblitération rapide du trajet, de la compression avec un bandage herniaire (Berger), des cautérisations répétées au nitrate d'argent (Israël), etc.

Ce qu'il faut avant tout, c'est être propre, afin d'empêcher l'irritation des parties molles souillées par l'urine, et surtout, savoir *attendre la guérison spontanée de la fistule qui est la règle*.

Dans ce travail, je n'ai parlé que des blessures opératoires des cystocèles extra-sacculaires, parce qu'elles sont de beaucoup les plus fréquentes.

Sans doute, on trouve dans la littérature médicale quelques cas bien observés de hernie vésicale intra-sacculaire ; je citerai en particulier les faits de Leroux[2], de Krœnlein[3], de Walther[4], de Berger[5]. Il y en a d'autres encore, mais leur clarté m'a paru laisser à désirer.

Ces faits démontrent comment les choses se passent dans les hernies intra-sacculaires de la vessie. Qu'il y ait ou non

1. Faut-il, dans le cas où on suture complètement la vessie, mettre dans sa cavité une sonde à demeure? Je ne saurais résoudre cette question ; tout ce que je puis dire, c'est que les uns en recommandent l'emploi (Duplay), d'autres le rejettent absolument.

2. Ch. Leroux. (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1880.)

3. Krœnlein. (*Arch. für Klin. Chirurg.*, 1876, t. XIX, p. 420.)

4. Ch. Walther, obs. publiée in Th. Bourbon, Paris, 1892.

5. Berger, in Duret, Th. agrég., 1883, et Th. Bourbon, 1892.

de l'intestin (et quand il y en a, après avoir reconnu le canal intestinal), on rencontre un organe ayant un revêtement séreux, sur lequel il est difficile de mettre un nom. Si l'on songe à la vessie, on la reconnaît (Krœnlein, Walther), sinon, on incise ou on déchire ce qu'on a sous les yeux; et, constatant qu'on a affaire à un organe creux, on le suture, pensant à l'intestin (Berger); la fistule urinaire vient plus tard révéler l'erreur.

D'ailleurs, les conditions de réussite de la suture vésicale, faite pour la hernie intra-sacculaire, paraissent meilleures que pour les plaies extra-péritonéales, car l'adossement des bords de la séreuse est un élément à considérer.

Les règles à suivre, en présence de la blessure d'une cystocèle intra-sacculaire, me paraissent être les mêmes que pour la hernie vésicale sans sac. Si, pendant le cours d'une intervention, on constatait, après l'ouverture d'une cystocèle intra-sacculaire, l'amincissement de ses parois, on les réséquerait pour faire une suture en bon tissu.

Si, après l'opération terminée, on observait chez le patient des envies d'uriner, que l'examen des parties montrât qu'il s'agit d'une portion intra-péritonéale de la vessie, si on avait bien lié le pédicule du pseudo-sac, on devrait, nous semble-t-il, après avoir drainé, c'est l'essentiel, de la vessie à la peau, mettre une sonde à demeure ou pratiquer fréquemment le cathéthérisme, mais ne pas s'exposer à faire courir à son malade les dangers d'une laparotomie, à moins que quelque temps après l'opération, des accidents bien nets de péritonite généralisée (et nous n'en connaissons pas d'exemple) ne forcent à faire cette intervention qui serait alors pleinement justifiée.

N. B. — Il s'est écoulé quelque temps entre la publication de ce travail, dans l'*Union médicale*, et l'impression du tirage à part. Je m'en félicite. Voici pourquoi :

J'ai eu, le 21 septembre, une conversation avec mon ami M. Sébileau, agrégé à la Faculté, au sujet de ce que j'avais écrit sur la conduite à tenir dans les lésions de la vessie au cours de la cure radicale des hernies. Deux fois, dans une longue série d'interventions, mon ancien collègue à Clamart s'est trouvé en présence d'une cystocèle extra-sacculaire ; la vessie a été blessée, et comme la suture était difficile à placer, l'opérateur a délibérément attaché les bords de la plaie vésicale aux lèvres de la partie interne de la plaie inguinale, faite pour aller à la découverte de la hernie ; puis il a placé une sonde à demeure dans la vessie. Les malades ont parfaitement guéri. La fistule urinaire, créée intentionnellement, avait disparu au bout de quinze jours.

Ces faits viennent confirmer les conclusions de mon travail.

3° **Occlusion intestinale simulant une appendicite résultant d'un étranglement de l'intestin grêle dans un sac herniaire inguinal, adhérent au tissu cellulaire de la fosse iliaque droite, réduit en cet endroit, depuis 11 ans, par l'usage prolongé d'un bandage.** (*Communication faite à la Société de Chirurgie en* 1897. Un rapport sera rédigé par M. G. Marchant.)

4° **Hernie inguinale droite congénitale entéro-épiploïque. Étranglement. Kélotomie. Résection de l'épiploon. Hémorrhagie dans l'abdomen, d'origine épiploïque. Mort.** (*Bull. Soc. anat.*, 15 janvier 1886.)

Néoplasmes. — Cancer du gros intestin. Anus iliaque établi sur le côlon transverse par suite du déplacement de ce segment de l'intestin. Mort. (*Bull. Soc. anat.* nov. 1892.)

CÆCUM

Ooolnsion intestinale par tuméfaotion inflammatoire limitée du cæonm, prise ponr nn néoplasme de oet organe. Laparotomie. Réseotion partielle dn cæcum. Gnérison. (Communication faite à la *Soc. de Chirurgie* dans la séance du 6 avril 1898.)

APPENDICE ILÉO-CÆCAL

1° **Pseudo·orises d'appendioite à répétition par adhérenoes périoæoales** (consécutives à une première attaque aiguë d'appendicite.) (*In Journal des Praticiens* 22 janvier 1898 [1].)

Le 9 décembre 1896, la Société de chirurgie s'occupait de la pathogénie de l'appendicite et M. Quénu disait : « Il me paraît nécessaire, si l'on veut apporter un peu de clarté dans cette discussion, de *séparer la pathogénie de la première attaque d'appendicite de la pathogénie des attaques qui suivent*... Ce que, cliniquement, nous appelons rechute ou poussée d'appendicite, correspond à des lésions ou à des processus bien différents; ce peut être une appendicite récidivante, un *syndrome occasionné par de simples brides épiploïques*, une adénite péri-cæcale, un foyer en communication avec le cæcum, l'appendice étant à demi, aux trois quarts ou complètement détruit. La pathogénie des crises douloureuses, dites poussées d'appendicite, est donc complexe, et il importe désormais de ne pas englober sous l'étiquette : appendicite à répétition, des faits dissemblables. »

Voici un premier point acquis : la diversité des lésions qui peuvent donner lieu aux crises, dites d'appendicite à répétition. Dans la même séance, M. Tuffier rapportait un fait d'appendicite à répétition des plus intéressants et dans lequel, malgré les

1. J'ai cru devoir reproduire, ici, cet article *in extenso*; car il est aussi condensé que possible. De, plus il a paru dans un journal dont je n'ai point d'exemplaires à ma disposition.

recherches les plns minutieuses, faites au milieu de nombreuses adhérences péri-cæcales, l'appendice ne put être retrouvé; il n'y avait point de moignon appendiculaire en communication avec le cæcum; la libération des adhérences amena la guérison.

Je me suis trouvé, en présence d'un fait analogue, que je rappellerai succinctement tout à l'heure; ici encore, la libération des adhérences a amené la guérison complète du malade; elle dure depuis 18 mois.

C'est le rôle de ces adhérences, dans les crises dites d'appendicite à répétition, que je veux faire ressortir.

Or, il est bien évident que dans les cas où l'opération montre que l'appendice a complètement disparu, il ne saurait être la cause des accidents, d'où le terme de *pseudo-crises d'appendicite à répétition*, dont je me sers.

Tant qu'il reste quelque chose de l'appendice, on ne peut pas dire qu'il s'agit de pseudo-crises; mais même dans ces cas, la libération des adhérences, sans que l'appendice ait pu être réséqué, a produit, dans l'état des malades, une amélioration considérable. Nous n'en voulons pour preuve que les faits de Quénu (*Soc. chir.*, 6 décembre 1893), qui affirme que, quand on n'a pu découvrir l'appendice, en opérant à froid, on ne doit pas s'acharner à sa recherche, et qu'il faut se contenter de libérer le plus possible le cæcum; de Poncet (*in Th.* Challiol, Lyon, 1894), qui a vu également « la guérison succéder à une opération incomplète. Il estime que lorsque l'appendice n'a pu être réséqué, la laparotomie iliaque, les manœuvres chirurgicales qui ont pour but la découverte et la libération de l'appendice, sont loin d'être inutiles ». (Grandboulan, *th. Paris*, 1896.) Mais, quand l'appendice persiste en totalité ou en partie, malgré la libération des adhérences, de nouvelles crises peuvent se montrer; nous n'en voulons pour preuve que ce cas, cité par M. Talamon (*Appendicite et pérityphlite*, 1892) : « Chez un enfant de 14 ans, qui avait eu de nombreuses attaques dans le cours d'une année, une première opération montre une exsudation fibrineuse si dense autour du cæcum, que le chirurgien, un des plus compétents et des plus babiles de New-York, diagnostiqua un rétrécissement du cæcum et pratiqua une anastomose entre la fin de l'iléon et le côlon ascendant. La plaie se cicatrisa; mais les attaques se reproduisent. Une deuxième opération, qui nécessita la plus grande pa-

tience, permit de découvrir l'appendice, qui contenait une certaine quantité de muco-pus avec une concrétion stercorale ; la guérison fut définitive. (Grandboulan.)

Un premier fait résulte de tout ceci, c'est que la libération des adhérences péri-cæcales, dues à une péritonite circonscrite, résultant d'une première attaque d'appendicite aiguë, peut amener la guérison ; mais aussi, que si l'appendice plus ou moins altéré persiste, les crises peuvent se montrer de nouveau, malgré la destruction des adhérences. Dans les cas, au contraire, où lors de la première attaque, l'appendice a été amputé spontanément à sa base (chose, en somme, rare), a perdu toute connexion avec le cæcum, a disparu consécutivement au milieu de ces adhérences à tel point qu'il est impossible d'en retrouver la trace ; les adhérences sont tout, c'est la *péritonite péri-cæcale* qui donne lieu aux crises, qui méritent alors le nom de *pseudo-crises d'appendicite*. Ce qui le prouve, c'est que leur destruction donne lieu à une guérison durable. Voici, à l'appui de cette proposition, le fait très démonstratif que nous avons observé.

V..., 16 ans, fut pris, au mois de novembre de l'année 1895, d'une première crise d'appendicite aiguë avec péritonite localisée, et qui se termina sans intervention chirurgicale. Lorsque je vis le malade pour la première fois, cinq mois environ après le début des accidents (mars 1896), il y avait eu six nouvelles attaques, les trois dernières dans les mois de janvier et février ; la dernière trois semaines avant l'arrivée du malade à Paris.

Je trouvai, à la palpation de la fosse iliaque droite, le point douloureux dit de Mac-Burney, et au même endroit, un cylindre du volume du petit doigt, long de 3 à 4 centimètres, se dirigeant en bas et en dedans, vers le pubis. Je proposai l'intervention à froid, elle fut acceptée et pratiquée avec l'aide de mon ami et collègue d'internat le Dr A. Mullot, de Choisy-en-Brie.

Après avoir fait l'incision de Roux, le péritoine ouvert, je tombai sur une *corde épiploïque* adhérente à la face antérieure du cæcum, c'est elle que j'avais prise pour l'appendice. Sur les faces postérieure et interne et vers le fond, je trouvai de nombreuses brides péritonéales fixant le gros intestin au péritoine de la fosse iliaque. Je finis par libérer le cæcum, et je ne trouvai qu'une légère trace de l'appendice vermiforme, qui avait été amputé spontanément à sa base, lors de la première crise, ainsi que le

prouvait l'existence d'un petit moignon fibreux, imperméable au stylet, long de 2 à 3 millimètres à peine, et siégeant au point où s'insère normalement le diverticule du cæcum. Poursuivant mes recherches sur la face interne de la portion initiale du gros intestin, j'y trouvai des lésions très accentuées. L'intestin grêle à sa terminaison, sur une longueur de 2 centimètres environ, adhérait à la face interne du cæcum, par des brides péritonéales très courtes et extrêmement résistantes. Ces brides se trouvaient au-dessus de l'embouchure du grêle dans le gros intestin, de telle sorte qu'il y avait une coudure brusque de l'intestin grêle au niveau de la valvule iléo-cæcale. Je parvins à détruire les adhérences et à rétablir les organes dans leur état normal ou à peu près, je veux dire surtout, à rendre à l'intestin grêle sa situation normale par rapport au cæcum, et à tous les deux leur mobilité. Je trouvai, derrière le cæcum et dans la portion terminale du mésentère, cinq ou six ganglions lymphatiques du volume d'un petit pois, je les enlevai. L'opération avait duré une heure et demie et avait donné lieu à une hémorrhagie assez abondante.

Bien que je n'aie pas trouvé de pus, je drainai la région opératoire avec deux mèches de gaze iodoformée qui furent retirées au quatrième jour. Il n'y eut pas de réaction fébrile. Le malade a parfaitement guéri de l'intervention, sans éventration, grâce aux sutures en étages de la paroi, et depuis plus de dix-huit mois, il n'y a pas eu de nouvelles crises.

Il nous paraît indéniable que les crises douloureuses, consécutives à la première attaque d'appendicite, n'étaient que des *pseudo-crises* par adhérences péri-cæcales, puisque l'appendice avait complètement disparu.

Voici maintenant, résumé, le fait de M. Tuffier. (*Bull. soc. chir.*, 1896, p. 782 et 783.)

Garçon de 11 ans, constipé, avec accès d'entérite glaireuse, pris en septembre 1893, d'une appendicite aiguë franche, sans réaction péritonéale très intense et sans accidents apparents d'abcès. Malgré un traitement médical des mieux conduits, rechute au printemps de 1894, puis troisième crise en octobre 1895, et enfin quatrième attaque le 27 avril 1896. D'abord traitement médical, puis opération le 7 mai. Après ouverture du péritoine, le chirurgien trouve facilement le côlon ascendant et le cæcum. « La surface du cæcum et la terminaison de l'intestin grêle sont bridées

par des adhérences et coudées. Après avoir libéré ces différents cordons fibreux, nous cherchons à trouver l'appendice par le procédé habituel, c'est-à-dire en suivant la bandelette antérieure du cæcum; c'est en vain que nous isolons complètement les deux faces de l'organe et toute sa circonférence, ainsi que la région iléo-cæcale, etc...; la face postérieure du cæcum est bien cicatricielle, il existe à sa surface trois petits ganglions du volume d'un gros pois... mais la surface est mince et nous devons prendre de grandes précautions pour ne pas la déchirer. Pensant que l'obstruction intestinale est bien la cause des accidents et que les brides cicatricielles sectionnées en sont la cause, nous fermons l'abdomen par trois points de suture. Drainage iodoformé, aucun autre accident qu'un peu de rétention sanguine dans la plaie, rétention due à l'accolement de la mèche.

Le petit malade sort le 21e jour, complètement guéri. Depuis six mois il n'a pas eu le moindre accident du côté de son intestin; santé générale parfaite. *La filiation des accidents est ici bien nette :* appendicite à rechute, abcès ouvert dans le cæcum, avec élimination probable de l'appendice, brides cicatricielles ayant produit des *accidents d'obstruction intestinale.*

Je souligne ces mots à dessein; car M. Tuffier, en rapportant cette observation à la Société de chirurgie, a voulu appeler l'attention de ses collègues sur une complication de l'appendicite non encore étudiée : *l'obstruction intestinale* consécutive à cette maladie.

« Il faudra, dit M. Tuffier, qui rapporte un second fait, moins probant que le premier, car il y avait une petite cavité fongueuse aux lieu et place de l'appendice, il faudra, d'autres observations pour bien établir cette variété d'obstruction; elles permettent cependant de dire que certains accidents consécutifs à des appendicites anciennes sont dus à une obstruction cæcale. La forme du ventre indique bien le siège de l'obstacle. *Ces phénomènes d'obstruction qui peuvent se produire simulent l'appendicite à rechute.* Ils pourraient cependant s'en distinguer par les signes locaux : absence de douleur dans la fosse iliaque droite, pas d'empâtement dans cette région, toucher rectal négatif; par les signes généraux : aucun accident fébrile, et surtout par la forme et l'intensité du météorisme, par sa rapidité de production et par les signes d'occlusion complète. En un mot, l'état du malade présente les carac-

tères d'une obstruction intestinale, et non ceux d'une péritonite locale avec accidents réflexes. »

Bien qu'il ne m'ait pas été donné d'observer mon malade avant l'opération, pendant les nombreuses crises qui se sont montrées après la première attaque, je ne suis pas éloigné de croire qu'il s'agissait chez lui d'accidents d'obstruction intestinale. En effet, lors de l'intervention, il n'y avait pas de pus dans la fosse iliaque, pas d'abcès, pas de cavité fongueuse en communication avec le cæcum. J'ai bien enlevé quelques ganglions de petit volume; peut-être étaient-ils pour quelque chose dans le renouvellement des crises, mais je ne le crois guère. Si, d'autre part, je m'en rapporte aux renseignements, incomplets il est vrai, qui m'ont été donnés, à savoir que les crises, qui ont suivi la première attaque, éclataient brusquement, étaient de peu de durée et surtout qu'elles apparaissaient après un écart de régime ou après plusieurs jours de constipation, et disparaissaient après une selle copieuse, si je considère, enfin, la coudure brusque de l'intestin grêle à sa terminaison, je suis, je le répète, disposé à accepter l'hypothèse de crises d'obstruction intestinale.

Au surplus, les bons résultats que donne la libération du cæcum immobilisé par les adhérences, ne sauraient nous surprendre. Elle est en tous points comparable à la libération de la vésicule biliaire dans les cas de péricholécystites fibreuses non calculeuses (opération de Fraenkel-Sendler), où la destruction des brides périvésiculaires a donné de brillants succès; elle est comparable encore aux faits du professeur Terrier qui, pratiquant la laparotomie sur deux sujets soupçonnés de cancer gastrique, ne trouva, dans un cas, qu'un paquet d'adhérences de l'estomac, consécutives à un ulcère cicatrisé de ce viscère; et, dans l'autre, qu'une petite induration au niveau du cardia; et, de nombreuses adhérences entre la face antérieure de l'estomac et la face inférieure du foie d'une part, entre le foie et le diaphragme d'autre part, le pylore étant intact. Une guérison parfaite fut la conséquence de ces interventions. « En gynécologie, les succès dus à des libérations d'adhérences ne se comptent plus; que de femmes, privées de leurs annexes par une opération antérieure, ont dû subir une seconde laparotomie pour des douleurs persistantes, qui cessèrent lorsque furent détruites les adhérences, résultat de dénudations péritonéales produites à la première

opération et non réparées ! Enfin, les adhérences péritonéales douloureuses sont chose commune dans les hernies, et maintes fois déjà, leur suppression a fait cesser toute douleur. Il existe donc toute une vaste catégorie d'affections douloureuses des organes abdominaux qui sont uniquement le fait d'un *travail de péritonite localisée;* cela est connu depuis longtemps ; ce qui est moins vulgarisé, c'est l'*efficacité d'une thérapeutique* consistant en laparotomie, suivie de la destruction des adhérences. Il y a là une véritable méthode, dont l'application mérite d'être généralisée à tous les organes. » (Longuet. Traitement chirurg. de l'angiocholécystite non calculeuse. *Th. Paris*, fév. 1896.)

De tout ceci que faut-il conclure ? C'est que lorsqu'on se trouve en présence de crises d'appendicite à répétition, et qu'en raison de leur fréquence, on a décidé d'intervenir, il est le plus souvent impossible de dire les lésions qu'on rencontrera ; que parmi elles, les adhérences péri-cæcales doivent être seules incriminées, comme cause des rechutes, dans les cas où l'opération a démontré la disparition complète de l'appendice et où il n'y a pas d'autres lésions (abcès, fongosités) que la péritonite péri-cæcale ; que peut-être, dans quelques cas, ainsi que l'a indiqué le premier M. Tuffier, le tableau clinique qu'on a sous les yeux et, qui est celui d'une obstruction intestinale, permettra, avec les commémoratifs, de faire le diagnostic de pseudo-crises d'appendicite par adhérences péri-cæcales, dues à une première poussée aiguë d'appendicite.

La conduite du chirurgien est toute indiquée dans ces cas d'adhérences péri-cæcales : il doit les détruire munitieusement de façon à rendre la libération de l'organe aussi complète que possible. Cette libération doit avoir pour but la recherche de l'appendice, et si l'opérateur est assez heureux pour constater qu'il n'existe plus, il peut être tranquille, semble-t-il, il aura fait une bonne opération, et la guérison du malade sera la récompense d'une intervention souvent des plus délicates. Le fait de M. Tuffier, le nôtre, confirment cette assertion.

Mais, quand malgré une libération, aussi complète soit-elle, des adhérences péri-cæcales, le chirurgien a dû s'arrêter par prudence, sans avoir pu s'assurer de l'état de l'appendice, il ne peut affirmer la guérison ; car, si le diverticule cæcal persiste, de nouvelles crises peuvent se montrer ; la résection de l'appendice peut seule

donner une guérison définitive, ainsi que le savent tous les cliniciens, et que l'écrivent Kummel, de Hambourg; Roux, de Lausanne.

Cela est vrai; mais à l'impossible nul n'est tenu, et nous croyons avec Quénu, Poncet, que dans les cas de péritonite péricæcale de cause appendiculaire, où l'appendice ne peut être réséqué sans danger, le chirurgien agira sagement et sera, dans bien des cas, utile à son malade, en poussant, aussi loin que possible, la libération des adhérences péri-cæcales.

Cet article m'a valu une réponse de mon collègue et ami M. Routier (*Journal des Praticiens* du 5 février 1898), qui écrit ceci : « Toutes les fois qu'il y a les symptômes de l'appendicite, c'est qu'il y a un appendice malade » ; et, plus loin : « Les adhérences peuvent provoquer des phénomènes d'occlusion. »

Sans que je m'y attendisse et au moment où j'allais répondre, j'ai trouvé dans le *Journal des Praticiens*, une réplique de M. Richelot à M. Routier, et je ne cache pas qu'elle m'a causé la plus grande satisfaction. J'en extrais ce qui suit, tout en m'excusant de ce qu'elle a de trop indulgent pour moi. « Demoulin disait que, dans des cas exceptionnels, après une première attaque, l'appendice peut être séparé du cæcum, détruit par la suppuration et le sphacèle, disparaître entièrement ; que si de nouvelles douleurs se produisent, l'appendice n'étant plus en cause, elles sont dues aux adhérences péri-cæcales, et qu'en libérant l'intestin on peut obtenir la guérison. Rien de plus juste, car j'ai vu les choses se passer de la sorte après la suppression chirurgicale de l'appendice. Rien de moins excessif, car Demoulin avait bien soin d'ajouter : qu'il ne faut pas se fier à l'amélioration qui suit la destruction des adhérences, lorsque, dans une opération incomplète, on a laissé tout ou partie de l'appendice dont « la résection peut seule donner une guérison définitive ».

« Et cependant Routier trouve la question tellement « brûlante » qu'il ne peut se tenir de protester. (*Journal des Praticiens* du 5 février 1898.) Avec son talent et sa connaissance approfondie du sujet, il reprocbe à Demoulin d'y jeter la confusion. Il affirme qu' « on n'a jamais vu survenir ces crises chez les sujets bien et dûment opérés, c'est-à-dire auxquels on a bien réséqué l'appendice » ; que « toutes les fois qu'il y a les symptômes de l'appendicite, il y a un appendice malade ». Et, en parlant ainsi, il s'avance beaucoup, car je suis en mesure de lui démontrer le contraire. » M. Richelot rapporte, ensuite, l'observation d'une habituée de son service, ayant subi une première laparotomie en 1891, pour lésions annexielles, une hystérectomie vaginale secondaire en 1893, l'utérus restant douloureux. Cette femme eut par la suite quelques crises d'appendicite pour lesquelles le chirurgien de Saint-Louis enleva (le 4 juin 1896), facilement et intégralement, un long appendice. Guérison jusqu'en novembre 1897, époque à laquelle la malade se plaignit de douleurs continuelles dans la fosse iliaque droite, et de temps à autre elle avait un peu de ballonnement, du péritonisme, des envies de vomir. On sentait, dans la fosse iliaque droite, une sorte de boyau vertical induré.

Incision iliaque le 15 janvier 1898. « Je trouvai le cæcum adhérent partout à la fosse iliaque et à la paroi abdominale. Chose curieuse, l'induration verticale qu'on sentait, par le palper, était formée par la bandelette antérieure des fibres musculaires longitudinales de l'intestin, tendue comme une corde et fixée, en bas, par les adhérences. » Libération facile du cæcum — guérison; — et M. Richelot de conclure : « Il est donc bien établi, par les faits déjà connus et par celui-ci, qu'après la disparition spontanée ou chirurgicale de l'appendice il peut y avoir des douleurs qui simulent, au moins dans certaines de leurs formes, les accidents de l'appendi-

cite et qu'alors le chirurgien, à bon escient ou sans l'avoir prévu, intervient utilement par la seule destruction des adhérences. »

2. **Perforation de l'appendice iléo-cæcal par corps étranger** (coprolithe). **Péritonite aiguë généralisée. Laparotomie, résection de l'appendice. Guérison.**

Revue clinique publiée dans les *Archives générales de médecine* (numéro de juin 1894) ; elle n'a d'autre prétention que de montrer l'heureux résultat que peut donner l'opération, même faite *in extremis.*

Recherchant ce qu'ont donné les interventions dans des cas de péritonites généralisées, nous avons pu réunir diverses statistiques qui nous ont fourni les chiffres que voici :

Tuffier et Hallion [1]. . .	19 cas,	9 guérisons,	10 morts.
Guérin [2].	31 —	10 —	21 —
Jacob [3].	7 —	1 —	6 —
Richardson [4].	32 —	9 —	23 —
Au total. . .	89 cas,	29 guérisons,	60 morts.

Soit une proportion de 33 pour 100 de guérisons, de 66 pour 100 de mortalité.

Il y aurait donc un tiers de guérisons. Cette proportion est certainement trop élevée, car beaucoup de cas de mort, après l'intervention, ne sont pas publiés ; mais serait-elle moitié moindre, dix fois plus petite, l'opération n'aurait-elle donné qu'un seul succès, que le devoir du chirurgien est

1. Tuffier et Hallion. (*Archives générales de médecine*, 1890.)
2. Guérin. Contribution à l'étude de l'appendicite par corps étrangers. (Thèse de la Faculté de Paris, 10 mai 1893)
3. Jacob Contribution à l'étude de l'appendicite. (Thèse de la Faculté de Paris, soutenue le 24 juillet 1893.)
4. Richardson (*American Journal of medical sciences*, 1891.)

d'intervenir, puisque la mort est certaine si on abandonne le malade à lui-même.

3. **Corps étranger du Péritoine. Retrécissement du gros intestin d'origine musculaire. Utérus sénile de conformation bizarre, oblitération du vagin.** (*Bull. Soc. anat.*, 1889.)

Il s'agit d'une femme de 65 à 70 ans, sujet de mon pavillon, à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Le *corps étranger du péritoine*, sur lequel je désire insister, occupait le cul-de-sac de Douglas, il avait le volume d'une grosse amande, était libre, lisse, blanc bleuâtre, de consistance un peu molle.

L'examen histologique montra qu'il était constitué par une enveloppe très mince formée de tissu conjonctif. Dans cette enveloppe on ne rencontrait que des matières grasses, avec des débris épithéliaux tellement altérés, qu'il était impossible d'en déterminer la provenance.

Le rétrécissement musculaire du gros intestin occupait la plus grande partie de l'S iliaque et la partie supérieure du rectum. Il existait, entre les fibres qui le composaient, des diverticules à parois très minces, faisant hernie à travers la tunique musculaire de l'intestin et formant de petites poches sur sa face externe. Je pensai que le corps étranger pouvait être probablement rattaché à l'un de ces diverticules, à l'une de ces petites poches ayant perdu ses connexions avec l'intestin.

J'ai, en 1884, présenté à la *Société anatomique*, un autre corps étranger du péritoine. Il avait aussi le volume d'une amande, était blanc, d'une consistance très ferme. Son origine était facile à saisir. Il s'agissait d'un appendice épiploïque devenu cartilagineux et fibreux, et tombé dans la cavité péritonéale, après rupture de son pédicule ; car, on voyait, sur le gros intestin, un autre corps de même nature,

en voie de formation, dans un appendice épiploïque, et rattaché à l'intestin par un tractus conjonctif très mince, prêt à se rompre.

RECTUM

4. **Rectite chronique hypertrophique proliférante et sténosante. Extirpation du rectum. Mort. Autopsie.** Examen histologique par le docteur Cazin. (*In Th. Clamouze.* Paris, 1896). (Observation recueillie dans le service de M. le professeur Duplay.)

FOIE

Lithiase biliaire. Coliques hépatiques. Ictère chronique. Calcul du canal cholédoque. Cholédocotomie. Mort par insuffisance hépatique. (Observation recueillie dans le service de M. le professeur Duplay et publiée dans la thèse de Jourdan. Paris, juillet 1893.)

RATE

Rupture traumatique, totale, de la rate. Splénectomie. Mort. (Observation publiée dans la Th. de Vanverts, p. 158. Paris, 1897.)

ORGANES GÉNITAUX

A. — DE LA FEMME

1. **Deux cas d'hystéreotomie vaginale pour prolapsus anciens de l'utérus avec lésions graves des voies urinaires. Réflexions.** (*Congrès français de Chirurgie*, 23 octobre 1896, p. 689.)

J'ai eu, deux fois, l'occasion de pratiquer l'hystérectomie vaginale pour prolapsus complet et ancien de l'utérus, chez des femmes jeunes. Ma première malade est morte très rapidement après l'intervention ; la seconde a bien guéri, mais lentement. *Toutes deux avaient des lésions graves des voies urinaires.*

Incontestablement, l'hystérectomie vaginale est grave dans les prolapsus utérins, puisqu'elle donne, à l'heure actuelle, d'après les statistiques les plus récentes, 10 pour 100 de mortalité (Hartmann et du Bouchet[1], Raühurt[2]), alors qu'elle est beaucoup plus bénigne, même dans les lésions les plus graves (cancer, suppurations pelviennes), où les décès, après l'intervantion, n'atteignent pas une proportion de 5 pour 100.

Je n'ai pas la prétention d'élucider complètement les causes de cette gravité ; mais je crois que les lésions des voies urinaires sont l'un de ses facteurs.

Après avoir rapporté les observations de mes malades, et résumé ce que disent les auteurs, des lésions des voies urinaires dans les prolapsus génitaux, ce qui, soit dit en passant, n'est que très incomplet, j'ai résumé mon travail dans les conclusions suivantes :

1. Hartmann et du Bouchet. Ann. Gyn., 1894.
2. Raühurt. Dissert. inaug. Halle, 1895.

Les prolapsus des organes génitaux entraînent, le plus souvent sinon toujours, des lésions de l'appareil urinaire. Il s'agit d'abord de distension sur laquelle se greffe très facilement l'infection.

Pour éviter ces lésions, il est indiqué d'intervenir très rapidement dans les prolapsus.

Les malades, qui ont des lésions avancées des voies urinaires, supportent mal les interventions chirurgicales (souvent, troubles urémiques consécutifs).

Donc, il ne faut employer contre les prolapsus que les opérations les moins graves. Les opérations plastiques, sur le périnée, le sont infiniment moins que l'hystérectomie vaginale; raison de plus pour rejeter encore cette opération, dans les cas où des indications spéciales (cancer, tumeurs des annexes) n'obligent pas le chirurgien à la pratiquer.

D'ailleurs, il est bien démontré aujourd'hui que l'hystérectomie vaginale, à elle seule, ne suffit pas pour guérir les prolapsus génitaux ; car, l'utérus enlevé, le vagin et la vessie n'en feront pas moins hernie, si l'ablation de la matrice n'est pas suivie d'une opération plastique sur le périnée.

Hartmann et du Bouchet[1] ont écrit en parlant de l'hystérectomie vaginale appliquée à la cure des prolapsus : « Toutefois, l'opération présente une certaine gravité; on devra, toujours avant de la pratiquer, s'assurer de l'état viscéral, en particulier de celui des reins, chez les malades vieilles, usées et souvent en état de déchéance organique avancée. » Nos observations démontrent que les lésions peuvent exister chez les femmes jeunes.

Féré[2] insiste sur ce fait, que la contention de certains prolapsus a pu faire disparaître des troubles urémiques. Nous avons vu le taux de l'urée remonter chez notre seconde

1. *Loc. cit.*
2. *Progrès médical*, 1884, p. 22.

malade, après l'opération qui avait remis la vessie et les uretères en place ; il y a là une nouvelle indication pour agir rapidement par des opérations simples, dans les prolapsus génitaux, et cela, dès le début.

2. **Snr nn oae de grossesse tubaire, terminée par rupture et gnérie par l'intervention. Réflexione. (Laparatomie, ablation de la trompe rompne.)** (*Congrès français de Chirurgie,* 26 octobre 1895, p. 878.)

Femme de 27 ans, opérée le 27 mai 1895, dans le service de M. Reclus, à la Pitié.

Retard des règles datant de six semaines, lorsqu'elle fut prise brusquement, et sans cause appréciable, d'une douleur vive, irradiée à tout l'abdomen, suivie d'un état syncopal. Je la vis, *huit heures après le début des accidents;* elle présentait tous les symptômes d'une hémorrhagie interne grave. Ventre tendu, muscles de la paroi contractés, un peu de submatité dans la région hypogastrique. Culs-de-sac vaginaux libres, utérus fort mobile, le toucher rectal montre qu'il est gros, un peu rétrofléchi sur son col.

Diagnostic : Vaste hémorrhagie intra-péritonéale, très probablement due à la rupture d'une grossesse tubaire (retard de six semaines dans la menstruation).

Laparotomie immédiate, malgré la faiblesse de la malade. Recherche du fond de l'utérus, rien du côté des annexes droites ; mais, à gauche, la trompe rompue saigne dans la main. Je l'enlève avec l'ovaire. Nettoyage rapide du petit bassin, des fosses iliaques et des fosses lombaires ; de la cavité abdominale nous retirons au moins deux litres de sang liquide et en caillots. Pas de drainage. Suture de la paroi en un seul plan. La malade a guéri.

L'examen des caillots fait découvrir la *présence d'un embryon de 20 millimètres de longueur*, et celui de la trompe,

l'amincissement de la paroi tubaire, au niveau duquel est une rupture d'une longueur de un centimètre et demi environ. Il s'agit bien, d'après les dimensions de l'embryon, d'une grossesse tubaire de six semaines.

En rapportant ce fait, je me suis déclaré interventioniste de la première heure. *Cestan*[1] a très bien exposé la question dans son excellente thèse.

Les chirurgiens se divisent, en effet, lorsqu'il s'agit de faits analogues à celui que nous venons de rapporter, en interventionistes et non-interventionistes. Ces derniers disent : « Si le cas est grave, n'opérez pas la malade, cela l'achèverait. Attendez ; l'état pourra s'améliorer, et alors vous interviendrez. » Mais je suis en présence d'une malade qui se meurt, je ne sais pas si son état s'améliorera, malgré les moyens médicaux les plus rationnels, et, s'il s'aggrave, je regretterai de n'avoir pas opéré. D'ailleurs, où sont les signes qui, en présence d'une malade qui s'éteint, peuvent faire penser que l'hémorrhagie s'arrêtera ?

Qu'on m'en donne un, et alors je consentirai à opérer, non dans les premières heures, mais dans les cinq premiers jours, comme le veulent certains chirurgiens, alors que le choc a presque disparu.

Jusque-là, je resterai interventioniste de la première heure, et le fait que j'ai rapporté me confirme dans cette opinion. La malade était d'une faiblesse extrême, sa trompe saignait encore quand je suis intervenu ; si l'hémorrhagie n'avait point été arrêtée, nul doute qu'elle ait succombé.

1. Cestan. Des hémorrhagies intra-péritonéales et des hématocèles pelviennes, considérées particulièrement dans leurs rapports avec la grossesse tubaire. Pathogénie, traitement. (Th. Paris, 1894.)

3. Fibro-myome de la grande lèvre gauche. Ablation.
(*Bull. Soc. anat.* 1887, avec figure.)

Femme de 39 ans, entrée le 4 janvier 1887 à la Pitié, service de M. le professeur Verneuil, alors suppléé par M. Jalaguier.

La tumeur a débuté, il y a cinq ans, par une petite élevure siégeant sur la partie moyenne de la grande lèvre gauche. Quand la malade se présente à l'hôpital, le néoplasme a un volume énorme; dans la station debout, il descend au niveau du condyle interne du fémur gauche (son poids après l'ablation était de 5 kilogrammes).

J'insiste, dans les réflexions qui suivent cette observation, sur les prolongements périnéaux de la tumeur, sur leur adhérence au rectum et à l'ischion.

Ces prolongements, à peine signalés, sont pourtant intéressants à connaître, à cause des difficultés opératoires auxquelles ils peuvent donner lieu.

Outre le cas que nous rapportons, nous en signalerons succinctement deux autres. Ils sont empruntés à la pratique de M. Desprès.

L'un est relaté dans les *Bulletins de la Société anatomique* pour 1876. M. Monod, interne de M. Desprès, a présenté un fibro-myome de la grande lèvre qui adhérait au rectum.

L'autre a été observé par nous, chez une femme de 40 ans environ, dont nous possédons l'observation. Il s'agit d'un fibrome de la grande lèvre. M. Desprès, qui en pratiqua, avec succès, l'ablation en 1884, fut obligé de disséquer des adhérences qui unissaient la tumeur à la face antérieure du rectum.

B. — DE L'HOMME

1. **Épididymite et vaginalite, abcès de la queue de l'épididyme par manœuvres sur l'urèthre. Erysipèle des bourses, infiltration d'urine. Mort.** (Observation recueillie dans le service de M. Desprès, et publiée en 1884 dans la thèse du docteur Pilven, intitulée : *De l'orchite consécutive au passage d'instruments dans le canal de l'urèthre.*)

Il s'agit d'un vieux prostatique, âgé de 65 ans, qui se sondait.

Ce qui nous paraît devoir être signalé, dans cette observation, c'est l'abcès de l'épididyme gauche. La collection purulente siégeait au niveau de la queue de l'organe ; cette localisation diagnostiquée sur le vivant, le 9 mai 1884, a été vérifiée par l'autopsie, pratiquée le 1er juillet de la même année.

L'abcès fut ouvert le 9 mai. Quand on put procéder à l'examen cadavérique, la cavité était oblitérée, la peau adhérait intimement au tissu sclérosé, fibreux, de la queue de l'épididyme.

Cette observation vient à l'appui de cette opinion, défendue, dans sa thèse, par le Dr Pilven, que la suppuration de l'épididyme est beaucoup plus fréquente, dans l'orchite uréthrale, que celle du testicule. « Nos observations, dit cet auteur, ne contiennent que deux exemples de suppuration du testicule lui-même, sur douze cas d'orchite suppurée. »

La suppuration, dit encore le Dr Pilven, quoique moins fréquente que la résolution, dans l'orchite consécutive au passage d'instruments dans le canal de l'urèthre, se présenterait cependant plus souvent qu'on ne paraît l'admettre, et ce qui nous confirme dans cette supposition, est l'autorité de M. le professeur Guyon qui a bien voulu nous communiquer son opinion à cet égard.

2. **Épididymectomie totale bilatérale pour tuberculose.** (In Th. de Titus Dimitresco, intitulée : *De l'épididymectomie partielle ou totale dans la Tuberculose primitive du testicule*. Paris, 1897.)

Epididymectomie totale du côté gauche en mars 1893, il n'y avait rien du côté du testicule droit. Le malade, revu plusieurs fois, a commencé à souffrir de l'épididyme droit en 1895, ablation de cet organe le 30 mai 1896, avec 2 cent. 1/2 de canal déférent, et résection d'une partie de la tunique vaginale. En 1897, le malade est complètement guéri des deux côtés. État général excellent.

L'épididymectomie partielle ou totale est une excellente opération ; j'en ai acquis la conviction dans le service du professeur Duplay, qui pratique depuis longtemps cette intervention, récemment encore recommandée par d'autres chirurgiens.

3. **Note sur un cas de grand kyste sus-épididymaire. Ablation. Guérison.** (*France médicale*. Avril 1898.)

MEMBRES

Ostéomyélite chronique d'emblée. Diagnostic avec les ostéosarcomes. (Th. inaug. Paris, 1888.)

Dans ce travail qui m'a été inspiré par le professeur U. Trélat, j'ai essayé de développer les idées de mon très regretté Maître, en mettant à profit ses conseils.

Au moment où ma thèse a paru, on admettait exclusivement, sous l'influence des remarquables travaux de M. le professeur Lannelongue, deux formes d'ostéomyélite :

1° L'ostéomyélite aiguë de la croissance (Lannelongue, Paris, 1878);

2° L'ostéomyélite chronique ou prolongée (Lannelongue et Comby, *Arch. gén. méd.* Paris, 1879).

Notre thèse a eu pour but de démontrer que l'ostéomyélite chronique peut exister sans avoir passé par la période aiguë. Voici du reste les conclusions de ce travail.

I. — L'ostéomyélite chronique ne reconnaît pas toujours pour cause l'ostéomyélite aiguë.

Chez les adolescents, comme chez les adultes, l'ostéomyélite peut avoir une marche chronique dès le début ; elle mérite alors le nom d'ostéomyélite chronique d'emblée.

II. — L'ostéomyélite chronique d'emblée est une affection rare.

III. — Elle se traduit anatomiquement par : une nécrose éburnée portant sur la diaphyse des os longs ; par la présence d'un os périostique nouveau qui recouvre l'os mort; quelquefois, par des fractures spontanées.

IV. — La nécrose est due à l'ostéite condensante, le séquestre est toléré, comme un corps étranger aseptique, par

l'os périostique nouveau, il n'y a pas de bourgeons charnus, pas de pus entre l'os mort et l'os vivant.

V. — La maladie se traduit par des douleurs à caractère variable, sans siège précis, un gonflement osseux diaphysaire parfois considérable; la fracture spontanée est quelquefois le premier symptôme observé.

VI. — Le pronostic de l'affection est grave, car elle nécessite presque toujours le sacrifice du membre malade.

VII. — Le diagnostic de l'ostéomyélite chronique d'emblée est des plus difficiles.

Douleur, gonflement osseux, fracture spontanée, en imposent pour un ostéosarcome, surtout pour un ostéosarcome central.

En tenant compte :

De la lenteur de l'évolution du mal;

De l'atténuation des douleurs par le repos;

De la forme du gonflement osseux qui reproduit celle de l'os, de sa consistance uniformément dure, de son siège toujours diaphysaire;

De la présence de stalactites osseuses quand l'os est superficiellement placé;

On devra penser à une ostéomyélite chronique d'emblée.

VIII. — Dans le cas où le diagnostic est impossible, la trépanation de l'os malade est indiquée, mais le chirurgien devra avoir pris les précautions nécessaires pour enlever, de suite, le membre malade, s'il se trouve en présence d'un ostéosarcome.

IX. — Quand il s'agit d'un séquestre diaphysaire total, la seule opération rationnelle est l'amputation dans le segment immédiatement supérieur à la lésion, ou la désarticulation, seule ressource dans le cas où le mal siège à la racine du membre.

Nous nous sommes demandé quelles pouvaient être les

causes de cette forme de l'ostéomyélite, et nous écrivions, p. 27 :

On voit donc que les états infectieux, et particulièrement la fièvre typhoïde, peuvent donner naissance à l'ostéomyélite chronique d'emblée.

Ces lésions osseuses sont probablement dues à l'agent infectieux qui préside à toutes les manifestations cliniques de la maladie.

Qu'il y ait eu, dans l'enfance ou l'adolescence, simple poussée congestive du côté des cartilages épiphysaires ou véritable ostéomyélite chronique, apyrétique, dans la convalescence d'une fièvre grave, il est bien évident que l'os atteint n'est plus normal. Il n'y a donc rien d'étonnant qu'à une période ultérieure, sous l'influence d'un traumatisme léger, d'un mauvais état général, l'os resté point faible, *locus minoris resistantiæ*, par suite d'une première atteinte, puisse s'enflammer de nouveau et d'une façon chronique, comme il l'avait fait au début.

Ce serait là de l'ostéomyélite prolongée, si l'on veut, mais en tout cas elle devrait conserver son nom d'ostéomyélite chronique d'emblée.

Je n'hésite pas à reconnaître que les conclusions de cette thèse sont trop absolues. Du reste, en 1889, le professeur Trélat, dans une clinique que j'ai rédigée, revenait sur ce sujet et disait :

« Il y a, entre les simples douleurs de croissance et le décollement aigu des épiphyses, de nombreux intermédiaires dans l'affection qui nous occupe. *Il y a, en un mot, des formes atténuées de l'ostéomyélite.* L'ostéomyélite peut s'installer sournoisement, être chronique dans sa marche, insidieuse dans ses manifestations.

... « Je résume cette leçon dans les conclusions suivantes :

« Les lésions de l'ostéomyélite peuvent évoluer sans que

les signes soient en rapport avec l'étendue de ces lésions.

« Quelques manifestations légères ont été, dans certains cas, les seules expressions d'ostéomyélites centrales à foyers multiples, de séquestres et d'abcès des os.

« Il convient donc d'admettre une ostéomyélite atténuée, chronique d'emblée dans sa marche, insidieuse ou latente, ou pour abréger, une ostéomyélite insidieuse.

« Le diagnostic de cette variété est surtout rendu difficile par la croyance générale que les signes de l'ostéomyélite sont toujours violents, ou tout au moins très accusés.

« La notion de la marche insidieuse permettra d'éviter des erreurs ou des insuffisances de diagnostic et de procéder, rapidement, à des opérations opportunes, nécessaires et efficaces. »

Bien que ce chapitre soit intitulé : Membres ; pour ne pas multiplier à l'excès les divisions de cet exposé, nous donnons, ici, l'indication d'un fait d'ostéomyélite atténuée du pubis, chronique d'emblée dans sa marche :

Sur un cas d'ostéomyélite atténuée, chronique d'emblée dans sa marche, du pubis droit. (*In Gaz. des Hôpitaux*, avril 1898.)

AISSELLE — MEMBRE SUPÉRIEUR

1. Kystes séreux congénitaux de l'aisselle.
(Paris, G. Steinheil, 1891.)

Au mois d'avril 1891, nous avons eu l'occasion d'observer, chez une petite fille de neuf ans, une tumeur nettement fluctuante du creux axillaire gauche. Cette tumeur avait un gros volume et soulevait fortement la paroi antérieure de l'aisselle.

Le 22 avril 1891, une ponction donna issue à 600 grammes d'un liquide de couleur ambrée claire, qui présenta ce caractère particulier, de se coaguler immédiatement à sa sortie de la canule, en tombant dans le récipient.

Instruit par la lecture du traité des kystes séreux congénitaux de M. le professeur Lannelongue, par la traduction d'un mémoire de John Birkett, mémoire dont nous avions trouvé l'indication bibliographique dans le traité précité et qui a pour titre : *Contribution à la pathologie des kystes séro-sanguins du cou et de l'aisselle* (*Med. chir. transactions.* London, 1868), nous pensâmes que nous pourrions bien nous trouver en présence d'un kyste séreux congénital de l'aisselle.

L'opération nous a donné raison, et l'examen microscopique nous a permis d'en rattacher l'origine au système lymphatique.

Les kystes séreux congénitaux de l'aisselle sont peu fréquents, nous n'avons pu en réunir que sept observations.

Ces kystes, outre leur rareté, sont d'un diagnostic difficile ; voici les caractères qui nous semblent permettre de les reconnaître :

« Quand il s'agit d'une tumeur nettement fluctuante de l'aisselle, son apparition dans les premières années de la vie, son développement indolent, progressif d'abord, mais plus rapide à un moment donné, la tension modérée des parois de la poche, les épaississements qu'on y rencontre presque toujours, devront faire penser à un kyste séreux congénital.

« L'extrême mobilité de la tumeur, sa réductibilité apparente mais non réelle, feront songer à un kyste séreux congénital.

« Si une première ponction ramène un liquide de couleur ambrée claire, qui se coagule immédiatement après sa sortie de la poche et qui, en tout cas, se prend toujours en masse, soit par la chaleur, soit par les acides, soit par une exposition plus ou moins prolongée à l'air libre, on pourra, croyons-nous, affirmer le diagnostic de kyste séreux congénital de l'aisselle, cliniquement uni ou pauciloculaire. »

Un point important à signaler, c'est que ces kystes peuvent communiquer largement avec le médiastin (communication de M. Schlange. *Société de médecine berlinoise*, 2 déc. 1891).

Il n'y a qu'un traitement à leur opposer : l'extirpation. Cependant il faut bien savoir qu'elle n'est pas toujours facile ; cinq fois sur sept, la tumeur présentait des adhérences, elles ont lieu le plus fréquemment avec la veine axillaire ; les cordons du plexus brachial ont toujours pu être séparés facilement de la tumeur ; il n'en est pas de même des branches perforantes des intercostaux, dont l'une, dans trois cas, a dû être réséquée ; dans un quatrième cas, le nerf respiratoire externe (nerf du grand dentelé), qui adhérait fortement au kyste, put en être séparé par une dissection minutieuse. (John Birkett.)

2. **De la carie sèche de l'épaule.** (*Archives générales de médecine*, décembre 1894.)

Long mémoire, écrit sous l'inspiration de M. le professeur Duplay, qui faisait, le 2 décembre 1892, à l'hôpital de la Charité, une leçon de clinique sur un jeune homme atteint de carie sèche de l'épaule.

Cette affection, décrite pour la première fois par Volkmann, bien étudiée en Allemagne, est assez peu connue en France ; elle a été cependant signalée par les chirurgiens lyonnais, les professeurs Ollier, Poncet, MM. Audry et Mondan ; toutefois elle n'a pas été, chez nous, l'objet d'un travail d'ensemble, et c'est cette lacune que nous avons essayé de combler.

On désigne sous le nom de carie sèche de l'épaule, une ostéo-arthrite de l'articulation scapulo-humérale, de nature certainement tuberculeuse (nous le démontrons dans notre travail à l'aide de l'anatomie pathologique et de la clinique), caractérisée anatomiquement par : une destruction plus ou moins étendue de la tête humérale, par un épaississement de la capsule articulaire, intimement confondue avec la synoviale, par une oblitération de la cavité articulaire due à un tissu de granulations, petites, dures, peu vasculaires, nées des os malades, ayant une grande tendance à se transformer en tissu fibreux ; d'où : des brides plus ou moins nombreuses, toujours résistantes, réunissant la cavité glénoïde, assez souvent malade, à l'humérus plus ou moins altéré, et les surfaces articulaires avec la capsule. De là résulte une ankylose plus ou moins serrée, apparaissant rapidement.

L'affection s'accompagne toujours d'une atrophie extrêmement rapide des muscles péri-articulaires, du deltoïde surtout. Elle évolue, dans le plus grand nombre des cas, sans qu'il y ait de suppuration, d'où le nom de carie sèche qui lui

a été donné par Lücke et Volkmann. Si la suppuration se montre, c'est toujours en petite quantité et à une période assez éloignée du début de la maladie, qui a constamment une évolution lente.

Après avoir fait ressortir, à l'*étiologie*, qu'il s'agit d'une affection que l'on rencontre surtout dans la deuxième décade de la vie, qu'on observe, sans qu'on puisse en donner la raison, beaucoup plus fréquemment à l'épaule droite (28 cas) qu'à l'épaule gauche (13 cas), nous rapportons quatre observations personnelles avec de longs détails.

L'étude de l'*anatomie pathologique* est faite minutieusement, nous insistons sur les lésions fréquentes de la cavité glénoïde, et bien que ses altérations tuberculeuses primitives soient rares, puisque M. Audry n'a pu en réunir que trois observations, nous émettons l'opinion que la carie sèche peut débuter primitivement par cette cavité, comme semblent le prouver les cas, rares il est vrai, où les altérations sont plus avancées sur l'omoplate que sur l'humérus.

Dans la *symptomatologie*, nous cherchons à bien mettre en lumière, outre le caractère variable des douleurs et les symptômes qui nous ont servi à définir l'affection, les déplacements, vers la coracoïde, de l'extrémité supérieure de l'humérus, par suite de la disparition de la tête articulaire ou de son atrophie extrême ; les arrêts de développement du membre supérieur en longueur, arrêts dus à l'altération du cartilage épiphysaire, qui, comme on le sait, est intra-articulaire du côté interne de l'os.

En ce qui concerne la *marche* de la maladie, on peut dire que la carie sèche de l'épaule présente dans son évolution deux périodes : l'une *de début*, caractérisée par les douleurs, la gêne des mouvements ; l'autre *d'état*, où une ankylose plus ou moins serrée, accompagnée d'une atrophie très marquée des muscles péri-articulaires constitue toute l'affection ;

on pourrait en décrire une troisième, dite *de luxation*, qui n'existe pas toujours et ne s'observe que quand la tête est très diminuée de volume, et surtout quand elle a complètement disparu. On peut, en laissant de côté les formes douloureuses, névralgiques dès le début, qui forcent la main au chirurgien et ne permettent pas de suivre la marche de la maladie, dire que c'est une affection à évolution lente, progressive, aboutissant fatalement à une ankylose fibreuse plus ou moins serrée qui est son mode de guérison, d'ordinaire spontanée. Cette guérison a lieu au bout d'un à deux ans ; en général, elle n'est qu'apparente, temporaire, et de nouvelles poussées se font du côté de l'article malade. La suppuration n'est qu'un épiphénomène, dans la carie sèche, et n'a pas d'influence sur sa marche.

Le *diagnostic*, au début, alors qu'il n'existe que des douleurs vagues dans le moignon de l'épaule ou des douleurs à forme névralgique, irradiées à tout le membre supérieur, accompagnées de gêne des mouvements, ne saurait être précisé ; toutefois, la persistance des douleurs, l'inefficacité de la thérapeutique devront mettre en éveil, surtout si le sujet est jeune, l'esprit du chirurgien, qui n'a d'ailleurs que de trop rares occasions d'observer le mal quand il commence.

Quand l'affection est arrivée à sa période d'état, on ne saurait hésiter qu'entre deux hypothèses : ou bien il s'agit d'une arthrite ancienne, avec ankylose consécutive plus ou moins serrée, ou bien il s'agit d'une péri-arthrite chronique.

Les commémoratifs ayant appris qu'il n'y a pas eu d'accidents aigus du côté de l'articulation scapulo-humérale, on ne pourra songer qu'à une tuberculose de l'épaule, et les symptômes qu'on a alors sous les yeux, ne permettant pas de penser à la forme molle de la scapulalgie, on devra porter le diagnostic de carie sèche.

Quand on est en présence d'individus jeunes, et c'est le cas

le plus fréquent, il n'y a guère à se préoccuper de la péri-arthrite chronique; chez l'adulte, le siège des douleurs au voisinage de l'acromion, aux insertions humérales du deltoïde, au niveau de l'apophyse coracoïde, de la coulisse bicipitale, sur le trajet du nerf circonflexe, enfin l'abduction du membre, toujours de même amplitude, à 45° environ, avant que l'omoplate suive, permettront d'établir le diagnostic de péri-arthrite.

Nous ne signalons que pour mémoire l'arthrite sèche, l'atrophie du deltoïde.

Le diagnostic avec la luxation, dit Volkmann (quand par suite de l'atrophie de la tête il y a déplacement de l'extrémité supérieure de la diaphyse humérale vers la coracoïde), n'est pas difficile, dans la carie sèche : ni dans l'aisselle, ni sous sa paroi antérieure on ne sent la tête articulaire, et puis il y a toujours, dans ce cas, un raccourcissement considérable du bras.

Le *pronostic* est grave, si l'on n'intervient pas; car l'ankylose est fatale et compromet les fonctions du membre supérieur; ce qui l'assombrit encore, c'est l'extraordinaire fréquence de la tuberculose pulmonaire dans la carie sèche de l'épaule, et ce fait, signalé par Kœnig, que la résection peut être suivie d'une tuberculose aiguë généralisée. Cependant des malades réséqués et suivis par Kœnig, depuis un long temps, restent guéris et leur état général est bon; trois des nôtres vivent encore et sont bien portants.

Le traitement doit obéir à trois indications : 1° Améliorer les mouvements du bras ; 2° faire disparaître de l'organisme un foyer tuberculeux ; 3° faire cesser les douleurs.

Or, il n'y a que la *résection* qui puisse les remplir toutes. On lui a reproché d'amener un raccourcissement plus ou moins considérable du membre, quand elle est faite pendant la période de croissance ; mais ce raccourcissement dans la

carie sèche existe déjà, dans bien des cas, avant l'intervention; il est dû à la destruction avancée de l'épiphyse et à l'inactivité du cartilage épiphysaire, toujours altéré dans ce cas ; la résection ne fait donc pas de tort à l'accroissement du membre.

Le traitement post-opératoire est des plus importants; il faut très rapidement, vers le quinzième jour, imprimer des mouvements passifs à l'articulation, afin d'éviter la reproduction de l'ankylose.

L'atrophie musculaire si prononcée, qui accompagne la carie sèche, compromet d'ailleurs très souvent le résultat fonctionnel ; il n'y a plus d'ankylose après la résection, mais l'articulation nouvelle a des moteurs insuffisants. C'est ici que le massage, l'électricité, les douches, trouvent leur emploi.

3. **Sur un cas de décollement épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus droit**, avec déplacement incomplet, en avant, de l'extrémité supérieure de la diaphyse. (*Archives générales de médecine*, novembre 1893.)

4. **Luxation sous-coracoïdienne de l'humérus gauche** datant de 9 ans.— Chute sur le moignon de l'épaule. — Fracture de l'extrémité supérieure de l'os du bras. — Mobilisation rapide. — Cal fibreux. — Amélioration des mouvements du membre supérieur. (*Archives générales de médecine*, mars 1894.)

5. **Luxation sous-coracoïdienne ancienne de l'épaule droite**, datant de 4 mois, réduction impossible. — Exposition de l'article par le procédé de M. le professeur Duplay. — Curettage de la cavité glénoïde. — Reposition. (In Th. Alivisatos. Sur un nouveau procédé d'arthrotomie et de résection de l'épaule. Paris, juillet 1897.)

6. **Luxation sous-coracoïdienne ancienne de l'épaule gauche**, datant de 3 mois. — Réduction impossible. — Exposition de l'articulation par le procédé de M. le professeur Duplay. — Nettoyage de la cavité glénoïde, résection de la tête humérale. (In Th. Alivisatos, Paris, juillet 1897.)

7. **Tuberculose de l'omoplate.** — Deux observations publiées dans la thèse de M. V. Morel : *Contribution à l'étude clinique de la tuberculose de l'omoplate.* (Th. Paris, 27 déc. 1894.)

C'est par erreur que l'auteur a mis, en tête de l'observation III de sa thèse, le mot « personnelle » ; elle m'appartient. Dans l'observation I que j'ai recueillie, l'auteur m'attribue l'acte opératoire. Cela n'est pas exact ; c'est mon maître le professeur Duplay qui a tenu le couteau, et l'opération est assez belle pour que je la lui restitue.

8. **Kyste hydatique du deltoïde droit.** (Observation recueillie en 1884, à la Charité, service de M. Desprès. Publiée in Thèse Marguet, p. 280. Paris, 1888.)

9. **Kyste hydatique du muscle brachial antérieur.** (Observation recueillie en 1884, service de M. Despres. In Thèse Marguet, p. 292. Paris, 1888.)

10. **Petite tumeur sous-cutanée de la face palmaire du pouce de la main gauche, constituée par un fibrôme entouré d'une lame épidermique.** (*Soc. anatomique*, séance du 21 mai 1897.)

MEMBRE INFÉRIEUR

1. **Fracture directe de l'extrémité supérieure du tibia gauche. — Fissure pénétrant dans l'articulation du genou. — Hémarthrose.** (*Archives générales de médecine*, décembre 1894.)

FRACTURE DE DUPUYTREN

a) **Fracture de Dupuytren** (leçon du professeur DUPLAY), déjà signalée plus haut (voir : Enseignement écrit).

b) **Fracture de Dupuytren vicieusement consolidée** (34e jour). Ostéoclasie manuelle du péroné. Guérison dans une attitude irréprochable. (Obs. publiée dans la thèse de JUNOT : *Déformations consécutives aux fractures de Dupuytren vicieusement consolidées, leur traitement par l'ostéotomie*. (Paris, juillet 1893.)

c) **Fracture de Dupuytren vicieusement consolidée.** Déviation du pied en valgus. Ostéotomie cunéiforme du tibia. Ostéotomie et résection du péroné. (Obs. XXXIII de la Th. de LOUART : *De la fracture de Dupuytren avec cal vicieux et de son traitement*. Paris, mars 1896).

d) **Fracture de Dupuytren vicieusement consolidée.** Déviation du pied en valgus. Ostéotomie cunéiforme du tibia. Ostéotomie et résection du péroné. (Obs. XXXIV de la Th. de LOUART.)

C'est à l'aide de ces documents, de ceux contenus dans la thèse de Janot, que nous avons rédigé, dans le traité de chirurgie de Duplay et Reclus, cette partie de l'étude de la fracture de Dupuytren qui se rapporte à la thérapeutique des difformités consécutives à un traitement mal conduit.

Dans tous les cas, l'ostéotomie double : cunéiforme du tibia (à base interne), linéaire du péroné, avec résection consécutive d'une petite étendue de la diaphyse de cet os, nous a donné les meilleurs résultats.

3. **Coxo-tuberculose du côté droit.** — *Suppuration, fistules.* — *Résection de la hanche, nouveaux abcès qui restent fistuleux.* — *Grattage des*

fistules. — *Insuccès.* — *Injections d'éther iodoformé* (5 pour 100). — *Guérison complète.* (Observation recueillie, en 1887, dans le service de M. le professeur Verneuil.) Pièce justificative pour la discussion de ce sujet: *Des suites opératoires éloignées de la résection de la hanche dans la coxalgie et de la valeur comparative de cette opération avec le traitement non sanglant.* (Th. Goffart. Paris, 1888.)

De cette observation très longue, nous avons cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Dans le cas que nous venons de rapporter, la résection de la hanche a contre elle :

a) La lenteur de la guérison définitive à la suite d'une opération exécutée par un chirurgien de haute valeur et, par conséquent, faite dans les meilleures conditions.

b) L'énorme raccourcissement du membre réséqué.

La résection de la hanche a pour elle :

L'étendue des mouvements de l'articulation nouvelle, préférable, ce nous semble, à une ankylose qui aurait été le résultat, cherché du reste, du traitement par la méthode non sanglante. Enfin, la formation de nouveaux abcès, restés fistuleux après la résection de la hanche, nous fait penser qu'il y avait probablement des lésions du côté de la cavité cotyloïde.

L'éther iodoformé est venu à bout de ces lésions osseuses si notre hypothèse est vraie ; en tout cas, il a amené la cicatrisation rapide des trajets fistuleux là où le grattage avait échoué.

4. **Ostéosarcome globo-cellulaire du péroné droit, à marche très rapide.** — Amputation de cuisse au tiers inférieur. — Généralisation. — Mort. (In Th. Levillain: *Ostéosarcome du péroné.* Paris, nov. 1895.)

5. **Anévrysme poplité gauche.** — Échec de la méthode de Reid suivie de la compression digitale indirecte. — **Ligature de l'artère fémorale à la pointe du triangle de Scarpa** — Guérison. (*Archives générales de médecine,* août 1895.)

— Cette observation présente plusieurs points intéressants. Elle nous montre :

1° L'insuccès de la méthode de Reid suivie de la compression digitale, dans un cas à peu près analogue à celui où elle avait réussi et, cela, chez le même individu, et semble indiquer qu'il ne faut pas hésiter à recourir plusieurs fois à l'emploi de la bande élastique, mais seulement dans le cas où une première application aura amené des modifications favorables du côté du sac (durcissement de la tumeur, expansion moindre, battements plus faibles) ; — elle semble indiquer encore que, si, après un premier essai, les choses restent en l'état, il faut recourir à un autre moyen thérapeutique ;

2° Cette observation mérite encore d'attirer l'attention par l'absence complète de réaction du côté du membre inférieur après la ligature ; elle est due, certainement, au large développement de la circulation collatérale, par la compression de l'artère longtemps faite, avec un sac de plomb appliqué dans l'aine, et aussi à l'emploi de la méthode de Reid suivie de la compression digitale.

3° Elle montre enfin les bons effets de la ligature de l'artère fémorale, par la méthode de Scarpa, appliquée à la cure des anévrysmes poplités artériels.

Rappelons que la ligature prise dans son ensemble, c'est-à-dire, qu'elle soit faite immédiatement au-dessus du sac ou à une certaine distance, ne donne pas moins de 70,53 p. 100 de succès, dans la cure des anévrysmes poplités. (Delbet.)

— C'est là un fait qu'il nous a paru bon de rappeler, en ce temps où l'extirpation des anévrysmes est en faveur; d'ailleurs, il ne faut point oublier que l'anévrysme poplité est un de ceux qui réservent le plus de surprises au chirurgien ; si la poche est basse sur le trajet de l'artère, on doit craindre

qu'elle n'englobe le tronc tibio-péronier, et alors, l'extirpation devient impossible puisqu'elle amènerait fatalement la gangrène du membre qui n'aurait plus d'artères pour le nourrir. Or, dans notre observation, on voit qu'il y avait deux poches l'une supérieure, l'autre inférieure, cette dernière descendant très bas ; aussi M. le professeur Duplay n'a-t-il point longuement discuté l'extirpation si difficile, au reste, dans certains cas.

FIN